

EVALUACIÓN DE DEPO-PROVERA

Nombre _____

Fecha de hoy: _____

Fecha en que inició su última menstruación/regla: _____

Describe su patrón menstrual al usar Depo: _____

Fecha de la última inyección de Depo: _____

Marque si tiene alguno de los siguientes malestares:

____ Dolores de cabeza (diferentes o más fuertes desde que empezó a usar Depo)

____ Mareos

____ Vista borrosa o doble

____ Depresión intensa

____ Sangrado abundante de la vagina

____ Aumento de peso

____ Orina con frecuencia, tiene sensibilidad en los senos o algún otro síntoma de embarazo

¿Tiene alguna pregunta(s) acerca de Depo-Provera? _____

¿Ha tenido problemas de salud o ha ido al médico desde su última visita? _____

¿Está tomando algún otro medicamento? _____

Otros comentarios: _____

¿Cuántos meses/años tiene de estar usando Depo-Provera? _____

Firma de la cliente _____ Fecha _____

TO BE COMPLETED BY CLINIC STAFF

If client has been receiving Depo Provera for more than 2 continuous years, please document discussion of risk/benefits of continued use:

discussed not discussed because: _____

Client wishes to:

continue Depo use: Rx. _____ Given: _____ Lot # _____
(Method order) (Location)

discontinue Depo/change to: _____
(New method order)

Wt: _____ B/P: _____ Other: _____

Return to clinic: 12 Wks: _____ or Other Date: _____

Staff Signature _____ Date _____